

## FICHA CLINICO EPIDEMIOLOGICA PARA LA VIGILANCIA E INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL EBOLA (EVE)

### I. DATOS GENERALES

Fecha de notificación         Fecha de investigación         SE

DIRESA/GERESA:       Red/Micro Red/Clas:

Institución de Salud:        
MINSA      EsSalud      SANIDAD PNP      SANIDAD FUERZAS ARMADA      PRIVADO      OTRO

Establecimiento notificante

El caso fue captado por: Búsqueda activa: ( ) Atención en servicio: ( ) Otro (Especifique)

### II. DATOS DEL PACIENTE

Historia clínica       Teléfono paciente/familiar

            
A. Paterno      A. Materno      Nombres      DNI/Pasaporte      Fecha de Nacimiento      Edad      Sexo

Lugar de residencia habitual

Nacionalidad       País       Grupo étnico       Ocupación

Si es trabajador de salud, donde trabaja       Profesión

Ubicación del establecimiento de salud:     
Departamento      Provincia      Distrito

Si es menor de edad indicar nombre de madre/padre/apoderado

### III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS (Establecer el lugar probable de infección)

Lugar donde inició los síntomas:

País que visitó en las últimas tres semanas

Fecha de ingreso al Perú         Vía de ingreso:    
Aérea      Terrestre

Punto de entrada al País     
Departamento      Provincia      Distrito

Realizó alguna escala durante el viaje Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar

Contacto con caso sospechoso o confirmado de EVE Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Asistió a un funeral de paciente con EVE Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contacto con animales silvestre: Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Especifique)

Contacto con animales muertos: Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Especifique)

Contacto con colonias de murciélagos: Si ( ) No ( ) Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### IV. DATOS CLINICOS

Signos y síntomas (marcar con una X)      Fecha de inicio de síntomas

Fiebre      Si ( ) No ( )      Dolor de garganta      Si ( ) No ( )

Cefalea      Si ( ) No ( )      Tos persistente      Si ( ) No ( )



Dolor de estómago	Si ( ) No ( )	Inyección conjuntival	Si ( ) No ( )
Anorexia	Si ( ) No ( )	Dificultad respiratoria	Si ( ) No ( )
Vómitos	Si ( ) No ( )	Petequias	Si ( ) No ( )
Diarrea	Si ( ) No ( )	Equimosis	Si ( ) No ( )
Dolor muscular	Si ( ) No ( )	Epistaxis	Si ( ) No ( )
Dolor de articulaciones	Si ( ) No ( )	Gingivorragias	Si ( ) No ( )
Erupción cutánea	Si ( ) No ( )	Melena	Si ( ) No ( )
Hepatomegalia	Si ( ) No ( )	Temperatura:	<input type="text"/>
Esplenomegalia	Si ( ) No ( )	Otros:.....	

Fecha de inicio de la fiebre

**V. EXAMENES DE LABORATORIO**

Fecha de toma de muestra

Tipo de muestra: Sangre ( ) Suero ( ) Saliva ( ) Biopsia ( ) Otro:.....

Tipo de prueba:

<b>Detección de Antígeno</b>	Pos ( )	Neg ( )	Fecha resultado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ELISA IgM</b>	Pos ( )	Neg ( )	Fecha resultado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ELISA IgG</b>	Pos ( )	Neg ( )	Fecha resultado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>RT-PCR</b>	Pos ( )	Neg ( )	Fecha resultado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Aislamiento viral</b>	Pos ( )	Neg ( )	Fecha resultado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**VI. EVOLUCION**

El caso fue hospitalizado: Si ( ) No ( ) Fecha de hospitalización

Nombre del Hospital:

Se encuentra en aislamiento: Si ( ) No ( )

Condición del caso: Alta ( ) Fallecido ( ) Fecha defunción

**VII. CLASIFICACION FINAL DEL CASO**

( ) Sospechoso Probable ( ) Confirmado ( ) Descartado ( )

**VIII. OBSERVACIONES**


**IX. DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA INVESTIGACION**

Nombre:   
 Cargo:   
 Teléfono:   
 Correo:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello